



REGIONE
LAZIO

REGIONE LAZIO

*Assessorato Formazione, Diritto allo Studio, Università e Ricerca, Attuazione del
Programma*

**Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione
Scuola e Università, Diritto allo Studio**

Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli
alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2018-2019

Allegato 2 – Modelli 2a e 2b - Domanda di Ammissione

A TAL FINE DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art.76 del DPR cit

(apporre una croce sia all'interno della casella grigia a fianco di ciò che si intende dichiarare e sia sulla lettera di riferimento, oppure specificare, laddove la voce non è applicabile al soggetto proponente, apponendo N.A.)

- a) di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui alle linee guida sopra citate, nessuna esclusa, si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: _____;
- b) di aver preso visione delle Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2018-2019 della Regione Lazio pubblicate sul sito http://www.regione.lazio.it/rl_istruzione_giovani/;
- c) **che tutti i destinatari inclusi nel progetto possiedono i requisiti di accesso richiesti dalle suddette Linee di indirizzo;**
- d) **che il Verbale di accertamento handicap/invalidità civile L.104 in corso di validità¹ è presente agli atti dell'istituzione richiedente;**
- e) di aver individuato un docente referente del progetto così come indicato nell'allegato formulario;
- f) di aver provveduto a mettere a conoscenza delle linee di indirizzo e del progetto presentato tutti docenti, il DSGA e i collaboratori scolastici;
- g) che il progetto presentato sarà inserito nel Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto Scolastico;
- h) di avere agli atti comunicazione esibita alle famiglie in cui si rende noto il progetto di integrazione e che le certificazioni sanitarie sono accessibili all'Amministrazione della Regione Lazio ai fini dell'attivazione del servizio di assistenza sensoriale;
- i) di avere acquisito agli atti idonea liberatoria in merito al trattamento dei dati e privacy.
- j) di aver richiesto gli insegnanti di sostegno di diritto e il relativo adeguamento degli organici di fatto per le effettive esigenze della scuola;
- k) di individuare per l'a.s. 2018-2019 tra il personale ATA, il/i collaboratore/i con funzioni aggiuntive relative al prestare ausilio agli alunni portatori di handicap nell'accesso dalle aree esterne alle aree interne della struttura scolastica, nonché nell'uso dei servizi igienici e nella cura dell'igiene personale (Circolare Ministeriale - Ministero della Pubblica Istruzione - 30 novembre 2001, n. 3390) e di richiedere agli enti preposti il relativo adeguamento degli organici per le effettive esigenze della scuola;
- l) di garantire una programmazione e distribuzione delle ore relative agli interventi, in coerenza con gli obiettivi stabiliti nel progetto e nei PEI dei singoli alunni;
- m) di garantire che i fondi destinati all'assistenza sensoriale verranno utilizzati per l'esclusiva retribuzione degli operatori di assistenza sensoriali, pertanto, tutto il personale in servizio presso le scuole, a vario titolo coinvolto nel progetto di integrazione, non potrà essere in alcun modo retribuito con tali fondi;
- n) di garantire e vigilare sul rispetto della normativa che regola i tempi in merito all'invio della documentazione e relativa rendicontazione alla Regione Lazio, nonché sui tempi di retribuzione degli operatori ed enti gestori;
- o) dichiara di conoscere tutta la normativa nazionale e regionale che regola tale attività e si impegna a rispettarla integralmente;
- p) che gli operatori individuati ai fini della realizzazione del progetto sono in possesso dei requisiti formativi e professionali adeguati a

¹ in caso di certificazione L.104/92 scaduta la scuola dovrà acquisire la documentazione attestante l'avvenuta richiesta di rinnovo da parte della famiglia.

realizzare interventi di assistenza sensoriale congrui rispetto agli obiettivi del progetto;

- q) di osservare la massima riservatezza nei confronti delle notizie di qualsiasi natura comunque acquisite nello svolgimento delle attività oggetto di finanziamento;
- r) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31 maggio 1965 n.° 575 (antimafia);
- s) di essere in regola con gli obblighi in materia di disciplina del lavoro dei disabili previsti dall'art. 17 della Legge n.° 68/99;
oppure
- t) di essere esente dagli obblighi derivanti dalla Legge n. 68/99;
- u) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- v) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;
- w) che tutte le informazioni contenute nei formulari di presentazione del progetto corrispondono al vero

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando.

Data

Timbro e firma del legale rappresentante²

² Allegare fotocopia del documento di riconoscimento

MODELLO 02b: DICHIARAZIONE DATI POSIZIONI CONTRIBUTIVE³

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Il _____

Residente in _____ Via _____

CAP _____ C.F. _____

In qualità di Dirigente Scolastico e/o Rappresentante legale del soggetto RICHIEDENTE *(In caso di Istituti paritari indicare i dati dell'ente gestore)*

Denominazione _____

C. F. _____ P. IVA _____

Con sede legale in _____ Via _____

CAP _____

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art.76 del DPR cit

RAGIONE/DENOMINAZIONE SOCIALE

CCNL APPLICATO

DATI INAIL

Codice del soggetto richiedente _____

Posizione/i Assicurativa/e territoriale/i _____

sede Competente _____

DATI INPS

³ *Compilare solo da parte delle Istituzioni formative (non pubbliche).*

Regione Lazio – Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale
anno scolastico 2018-2019

Matricola del soggetto richiedente _____

Codice sede INPS _____

Altre Casse

Codice del soggetto richiedente _____

sede Competente _____

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

.....

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando.